



ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE DO ALCOITÃO

SANTA CASA da Misericórdia de Lisboa

Cristina Maria Cordeiro Vicente

SWAL-CARE Survey: Contributo para a tradução e adaptação linguística para o português europeu

**Projeto elaborado com vista à obtenção
do grau de Mestre em Terapia da Fala,
na Especialidade de Motricidade Orofacial e Deglutição**

Orientador: Professora Doutora Dália Maria dos Santos Nogueira

Outubro, 2017



ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE DO ALCOITÃO

SANTA CASA da Misericórdia de Lisboa

Cristina Maria Cordeiro Vicente

SWAL-CARE Survey: Contributo para a tradução e adaptação linguística para o português europeu

**Projeto elaborado com vista à obtenção
do grau de Mestre em Terapia da Fala,
na Especialidade de Motricidade Orofacial e Deglutição**

Orientador: Professora Doutora Dália Maria dos Santos Nogueira

Júri:

Presidente: Doutora Isabel Maria da Silva Franco Desmet

Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde do Alcoitão

Vogais: Professora Doutora Dália Maria dos Santos Nogueira

Diretora da Obra Social do Pousal e Centro de Reabilitação de Paralisia Cerebral
Calouste Gulbenkian

Professora Doutora Assunção Coelho de Matos

Professor Adjunto convidado da Escola Superior de Saúde da Universidade de Aveiro

Outubro, 2017

NOTA

Este projeto foi elaborado no âmbito da 3ª edição de Mestrado em Terapia da Fala – Especialização em Motricidade Orofacial e Deglutição, da Escola Superior de Saúde do Alcoitão (ESSA).

Foi escrito segundo as normas ortográficas em vigor desde Janeiro de 2009.

A elaboração segue as normas estabelecidas pela ESSA para redação de trabalhos académicos e científicos de Outubro de 2004.

AGRADECIMENTOS

A vida é composta por tantos caminhos e por tantas pessoas que passam por nós... No entanto, há aqueles que não passam, permanecem nas nossas vidas e nos marcam definitivamente para sempre!

Quero assim, expressar o meu agradecimento mais profundo a todos aqueles que permaneceram, de alguma forma, ao longo da minha vida dividindo momentos, sentimentos e emoções.

Agradeço, de uma forma especial, à Professora Doutora Dália Nogueira, minha orientadora, cuja paciência, resistência e carinho com que recebeu os meus silêncios e pausas na realização deste trabalho me permitiram chegar à sua conclusão.

Desejo agradecer a todos os participantes do estudo, que sem a sua preciosa e interessada colaboração, não teria sido possível concretizar este projeto.

Quero ainda agradecer às duas tradutoras que me auxiliaram na primeira fase do estudo e ao Joel pela sua contribuição na retroversão do questionário.

Aos meus pais, pelo apoio, força, pela paciência e fundamentalmente pelo amor incondicional, mesmo na falta de momentos partilhados, e por serem o meu suporte na concretização dos meus objetivos de vida.

À minha irmã, pelo apoio, amizade, cumplicidade, pelos sonhos, por ouvir as minhas dúvidas e incertezas...por estar sempre presente nos momentos em que mais preciso!

Ao Joel, pelo encontro... obrigada por momentos, sentimentos e aprendizagens... és e serás sempre muito especial!

A todos os meus amigos de sempre e aos novos, pela força transmitida, pelo apoio, amizade e companhia ao longo deste caminho.

Muito Obrigada por tudo o que são para mim!

RESUMO

O presente estudo tem como objetivo contribuir para a adaptação para o português europeu do “*Understanding Quality of Care in Swallowing Disorders*” (The SWAL-CARE Survey). O SWAL-CARE é um questionário que pretende conhecer a qualidade dos cuidados com a deglutição e a satisfação da pessoa com disfagia em relação às orientações recebidas.

Neste âmbito, a tradução do SWAL-CARE para o português foi realizada de acordo com duas fases principais: *Tradução* – versão de consenso, retroversão, análise por painel de peritos, e obtenção de uma análise da qualidade da tradução; e *Validade de conteúdo* – que consiste na análise de compreensão e aceitação por um grupo de 50 pessoas com disfagia.

A amostra é constituída por 50 sujeitos (com idade igual e/ou superior a 60 anos), 23 do sexo masculino e 27 do sexo feminino, com representatividade face à população alvo e nível de escolaridade baixo (23 sabem ler e escrever mas sem escolaridade e 20 possuem o Ensino Básico).

O estudo da fidelidade do questionário, testado pelo coeficiente *alfa de Cronbach*, demonstra uma consistência interna apropriada (valores de *alfa de Cronbach* superiores a 0.90) para os dois domínios “*Aconselhamento Geral*” e “*Satisfação com a pessoa com disfagia*”. Obteve-se assim, valores de concordância globalmente semelhantes ao do questionário original. Os resultados obtidos permitiram concluir que foi obtida equivalência semântica e de conteúdo.

Palavras-Chave: Instrumento de avaliação, Tradução e adaptação cultural, SWAL-CARE, Disfagia

ABSTRACT

The present study aims to contribute to the adaptation to European Portuguese of the "*Understanding Quality of Care in Swallowing Disorders*" (The SWAL-CARE Survey). SWAL-CARE is a questionnaire that aims to know the quality of swallowing care and the satisfaction of the person with dysphagia in relation to the guidelines received.

In this context, the translation of SWAL-CARE into Portuguese was carried out according to two main phases: *Translation* - consensus version, retroversion, analysis by panel of experts, and obtaining an analysis of the translation quality; and *Content Validity* - which consisted of the analysis of understanding and acceptance by a group of 50 people with dysphagia.

The sample consisted of 50 subjects (aged 60 and more), 23 males and 27 females, who were representative of the target population and had a low level of education (23 were able to read and write but had no schooling and 20 have Basic Education).

The questionnaire fidelity study, tested by *Cronbach's alpha* coefficient, showed an appropriate internal consistency (*Cronbach's alpha* values greater than 0.90) for both the "*General Advice*" and "*Patient Satisfaction*" domains. Thus, we obtained agreement values that were similar to those of the original questionnaire. The results obtained allow us to conclude the semantic and content equivalence that was obtained.

Key words: Evaluation instrument, Translation and cultural adaptation, SWAL-CARE, Dysphagia

ÍNDICE GERAL

Agradecimentos	4
Resumo	5
Abstract	6
Índice Geral	7
Índice de Quadros, Siglas e Abreviaturas	9
Introdução	10
CAPÍTULO I. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	12
1. Conceito de Satisfação	12
2. Deglutição e Perturbações da Deglutição	13
3. Tradução e Adaptação Cultural.....	17
CAPÍTULO II. METODOLOGIA	20
1. Fundamentação do Estudo	20
2. Objetivos do Estudo	20
3. Instrumentos de Recolha de Dados	20
4. Recolha de Informação	22
i) Preparação	22
ii) Tradução	22
iii) Versão de Consenso	22
iv) Retroversão	23
v) Revisão do Instrumento e Análise de possíveis alterações	23
vi) Validade de Conteúdo	23
vii) Envio do 1º Relatório ao Autor/Versão Final	24

5. Consentimento Informado e Proteção dos Participantes	24
CAPÍTULO III. RESULTADOS	25
1. Tradução/Versão de Consenso	25
2. Retroversão	27
3. Validade de Conteúdo	28
4. Análise Descritiva	29
4.1. Análise da Consistência Interna	31
4.2. Estabilidade Temporal (Fidelidade Teste-reteste)	32
4.3. Validade (Correlações)	32
CAPÍTULO IV. DISCUSSÃO	32
Conclusões	37
Referências Bibliográficas.....	39
Apêndices	45
Apêndice 1. Consentimento Informado	46
Apêndice 2. Versão Pré-final do SWAL-CARE	47

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro 1 – Versão de consenso	25
Quadro 2 – Características da amostra (N=50)	28
Quadro 3 – Estatística descritiva e análise da consistência interna das respostas do SWAL-CARE.	30
Quadro 4 – Resultados médios das escalas aplicadas	30
Quadro 5 – Correlação entre o SWAL-CARE e a P-EAT-10	32

LISTA DE SIGLAS

SWAL-CARE: Understanding Quality of Care in Swallowing Disorders

SWAL-QOL: Quality of Life in Swallowing Disorders

MASA: The Mann Assessment of Swallowing Ability

CDS: The Clinical Dysphagia Scale

P-EAT-10: Eating Assessment Tool

DOSS: Dysphagia Outcome Severity Scale

MDADI: M. D. Anderson Dysphagia Inventory

EQ-5D: EuroQol Group

FOIS: Functional Oral Intake Scale

EUROPEP: European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care

LISTA DE ABREVIATURAS

s/d - Sem data

N e/ou n - Dimensão da amostra

Sig./p - Nível de significância

r - Coeficiente correlação de *Pearson*

p. - Página(s)

et al. - et alli (e outros)

% - Percentagem

INTRODUÇÃO

Atualmente tem-se observado uma maior preocupação com a qualidade de vida na área da saúde. Nesta área, o desenvolvimento do conceito de qualidade, é acompanhada de algumas condições determinantes, das quais se destaca o facto de os profissionais de saúde procurarem oferecer serviços de qualidade que atendam às expectativas dos seus clientes e os deixem satisfeitos (Dias & Melo, 2001). A qualidade de vida não é definida universalmente e pode variar entre culturas e até entre doentes de diferentes níveis socioeconómicos (Talmi, 2002).

Existem algumas características que vão condicionar o desenvolvimento da qualidade, nomeadamente, o nível ético, deve existir uma elevada responsabilidade que advém da confiança que os cidadãos depositam nos profissionais de saúde; o nível social, o facto de o cidadão se ter tornado cada vez mais exigente; e o nível económico, os recursos existentes serem escassos para fazer face às grandes necessidades dos indivíduos (Pego, 1998; Rodrigues, 2009). Ferreira (1991) destaca ainda as duas componentes consensuais entre os diferentes autores em termos dos cuidados de saúde, nomeadamente, a componente interpessoal dos cuidados (função de cuidar) e a componente técnica dos cuidados (função de curar).

Nos últimos anos tem-se observado uma maior preocupação com a satisfação das pessoas na qualidade dos cuidados recebidos. No entanto, tanto quanto é do conhecimento geral, estudos sobre a avaliação e o tratamento das perturbações da deglutição são muito escassos na população portuguesa, e existem poucos questionários direcionados à avaliação da satisfação da pessoa com disfagia na qualidade dos cuidados nas perturbações de deglutição.

Os prestadores de cuidados de saúde têm vindo a adotar uma política de melhoria de desempenho que, pela satisfação destas pessoas, acaba por se traduzir num visível aumento da sua capacidade profissional (Rodrigues, 2009, p.17). Para a garantia de qualidade, é de extrema importância a melhoria da comunicação entre o profissional e a pessoa doente, a discussão das expectativas mútuas e a criação de uma confiança recíproca (Pego, 1998).

Partindo do pressuposto que o conceito de qualidade é subjetivo, torna-se expectável que varie com quem o aplica (médico, terapeuta, doente, gestor). A qualidade é definida tanto por Ferreira (1991), como por Rodrigues (2009, p.10), como “a melhoria contínua dos serviços, de modo a satisfazer as necessidades, as preferências e as expectativas dos doentes, médicos, enfermeiros, terapeutas, empregados e a comunidade servida pelo hospital ou por outra instituição”.

Ao longo da vida do indivíduo, a alimentação desempenha uma importância vital não só pela manutenção da própria vida, mas também pela sua importância social e cultural, sendo

valorizada pelo convívio, lazer e prazer (Peixoto & Rocha, 2009). A deglutição é um processo neuromotor extremamente complexo, envolvendo a coordenação de um grande número de músculos responsáveis pelo transporte do bolo alimentar da cavidade oral para o estômago, tendo como principais funções a nutrição e a hidratação do corpo (Sá, 2009). A deglutição tem como principal função conduzir o alimento da cavidade oral para o estômago, pela força propulsora muscular e benefício da gravidade. A dificuldade de progressão dos alimentos líquidos ou sólidos da boca para o estômago designa-se por disfagia (Monteiro, 2010; Speyer, Bajens, Heijne, & Zwijsenberg, 2010; Anéas & Dantas, 2014).

Reconhecendo a necessidade de valorizar a qualidade da satisfação da pessoa com disfagia, e de utilizar instrumentos fiáveis e válidos, atualmente inexistentes em português europeu, propôs-se realizar a tradução e adaptação cultural do questionário SWAL-CARE (McHorney, Robbins, Lomax, Rosenbek, Chignell, Kramer, & Bricker, 2002; McHorney, Bonnie, Robbins, & Rosenbek, 2006; McHorney, Martin-Harris, Robbins, & Rosenbek, 2009).

Sob o ponto de vista da sua estrutura, este trabalho inicia-se com um primeiro capítulo sobre o Enquadramento Teórico, que aborda a satisfação da pessoa com disfagia, a deglutição e as perturbações da deglutição, e a tradução e adaptação cultural. No segundo capítulo, na Metodologia, é descrito o estudo empírico de tradução e adaptação cultural, pormenorizando o objetivo, o material e métodos. É também neste capítulo que são descritas as características sociodemográficas dos participantes do estudo, e o próprio instrumento utilizado no estudo. No terceiro capítulo, são apresentados, analisados e discutidos os resultados adquiridos. Toda a fase qualitativa de tradução e adaptação do instrumento, incluindo o pré-teste. A discussão dos resultados é apresentada no capítulo quatro, e por fim as conclusões finais.

CAPÍTULO I - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1. Conceito de Satisfação

O conceito de satisfação é um tema contemporâneo que tem conquistado a atenção dos profissionais quer da área académica, quer daqueles que atuam na área da saúde, não sendo um tema consensual. No entanto, as pesquisas conhecidas sobre a satisfação dos cuidados de saúde começaram apenas, na década de 50, com os trabalhos dos sociólogos Parsons (1951), Szasz e Hollender (1956). Cardoso (2002) refere que estes estudos se basearam, fundamentalmente, na relação médico/técnico-doente, entendendo-se a satisfação dos doentes relativamente aos serviços de saúde como a continuidade de cuidados ou a intenção de seguir o tratamento. Os doentes tornaram-se cada vez mais exigentes face aos cuidados que lhes são prestados, e os prestadores tornaram-se mais sensíveis às preocupações destes. Para alguns autores, nomeadamente Sepúlveda (1998, p.33), “a satisfação do doente assume uma importância fundamental, como medida de qualidade de cuidados de saúde porque nos dá uma informação acerca dos sucessos dos prestadores em relação aos valores e expectativas dos doentes”.

Os autores Szymanski e Henard (2001, citados por Moura, 2006) referem também que, além das expectativas, existem mais três fatores como modeladores da satisfação dos doentes, nomeadamente, a performance, que tem um efeito direto na satisfação, visto que o doente ficará mais satisfeito se a oferta fornecer o que ele necessita, espera ou deseja em relação aos custos envolvidos; a equidade, ou seja, o direito que o doente considera receber tal como os outros doentes recebem; e o afeto, que está relacionado com as emoções que o doente experimenta durante o processo de doença e tratamento.

Foi, a partir dos anos 80 que o conceito de satisfação começa a ser visto como um importante indicador da qualidade dos serviços. E a partir dos anos 90 foi introduzido o conceito “humanização dos serviços de saúde” como um conjunto de princípios que criticam o carácter impessoal e desumanizado na prestação dos serviços de saúde (Marques, 2010; Moura, 2006). A satisfação é, assim, considerado um indicador importante na monitorização da qualidade dos cuidados de saúde prestados e no grau de satisfação, em relação às instituições de saúde e aos próprios técnicos envolvidos neste processo (Marques, 2010).

2. Deglutição e Perturbações da Deglutição

A Deglutição pode-se modificar por diversas causas, desde o simples envelhecimento das estruturas envolvidas, até como consequência de diferentes patologias. É fundamental reconhecer quando a alteração encontrada faz parte do desgaste natural, o que é normal, e quando faz parte de algum processo patológico.

A avaliação da deglutição consiste em duas etapas: a avaliação estrutural e a avaliação funcional. Na avaliação estrutural são observados aspectos cognitivos, morfológicos, força, mobilidade, coordenação e sensibilidade dos órgãos fonoarticulatórios, tipo de respiração, qualidade vocal, presença do reflexo de deglutição, de vômito, tosse e pigarreio espontâneos e a deglutição de saliva. A avaliação funcional é realizada preferencialmente quando a pessoa tiver condições clínicas para a oferta de alimentos por via oral, nível elevado de consciência e desempenho satisfatório na avaliação estrutural. A complexidade que envolve a deglutição é resultado de uma sequência de movimentos coordenados, abrangendo um equilíbrio de pressão, processamento sensorial do alimento que é ingerido, e movimentação sinérgica da musculatura envolvida na região oral, faríngea e laríngea. Está sincronizada com outras funções estomatognáticas, como a respiração e a mastigação e, quando realizada voluntariamente, exige o processamento cognitivo e a ativação da atenção (Michou & Hamdy, 2009, citados por Ardenghi, Signorini, Battezzini, Dornelles, & Rieder, 2015, p.168; Rockland & Santos, 2016). Quando a deglutição se altera, existindo riscos de aspiração ou de subnutrição, estamos diante da disfagia.

As principais patologias nas quais se encontram alterações na deglutição são: acidentes vasculares cerebrais, traumatismos crânio encefálicos e doenças neurológicas degenerativas como Esclerose Lateral Amiotrófica, Parkinson, Alzheimer, Demências, Distrofia muscular, cancro da cabeça e pescoço, medicamentos que alteram a produção de saliva, entre outras. A disfagia não é uma doença, mas sim, um sintoma de que existe uma doença em curso. Por vezes, a disfagia é uma sequela de um problema anterior, como no caso dos traumas encefálicos ou acidentes vasculares cerebrais (Marchesan, 1998; Marchesan, Bonaffi, Gomes, & Zorzi, 1995; Speyer *et al.*, 2010; Puerari, 2011; Heijnen, Speyer, Baijen, & Bogaardt, 2012; Campos, Palma, & Leite, 2013). A disfagia está associada ao aumento da taxa de morbidade e mortalidade, devido principalmente ao risco de aspiração e infecções broncopulmonares (Rockland & Santos, 2016).

Também os sinais da presbifagia apresentam-se de variadas formas, comprometendo as diferentes fases da deglutição ou predominantemente uma ou várias fases. Algumas das

modificações referidas na literatura e que podem apresentar um impacto negativo na deglutição são: encerramento labial, trânsito oral lentificado, acúmulo de resíduos no vestíbulo, redução da força mastigatória e redução da elevação laríngea (Campos *et al.*, 2013; Ferrucci, Mangilli, Sassi, Limongi, & Andrade, 2013; Gutierrez, Zanato, Pelegrini, & Cordeiro, 2009; Heijnen *et al.*, 2012; Reis, Costa, Carneiro, & Vieira, 2015).

A dinâmica que ocorre no processo de deglutição pode ser dividida em várias fases, ocorrendo de forma sucessiva e inter-relacionada em várias etapas, existindo variações na literatura quanto ao número de fases envolvidas. Segundo os autores Mahan e Escott-Stumps (2010, citados por Pires, 2012, p.22-23; Puerari, 2011; Anéas & Dantas, 2014), as fases da deglutição dividem-se da seguinte forma: *Fase um* (Voluntária) ou Oral: os alimentos são manipulados na boca (fase preparatória). A língua empurra o alimento para a parte posterior da cavidade oral comprimindo-o gradualmente para trás contra o palato duro e o mole. A elevação da pressão intracraniana ou a lesão do nervo craniano pode resultar em movimentos da língua enfraquecidos ou pouco coordenados e levar a problemas para completar a fase oral da deglutição. Os músculos labiais enfraquecidos resultam em incapacidade de fechar completamente os lábios, formar um contacto ao redor da chávena ou beber por uma palha. O bolo alimentar é posicionado na região mediana da boca e é empurrado para a orofaringe. *Fase dois* (involuntária) ou Faríngea (dois segundos): o bolo alimentar atravessa a faringe por ação do reflexo da deglutição. Surge a apneia, encerramento da glote, abertura momentânea do esfíncter esofágico superior e por ação da onda peristáltica por gravidade em sentido proximal para o distal, que dá pelo nome de peristalse. Os sintomas de coordenação precária durante esta fase incluem náusea, engasgar e regurgitação nasofaríngea (que é a eliminação de conteúdo gástrico pela boca, sem esforço não precedido de náuseas). *Fase três* (involuntária) ou Esofágica (oito-dez segundos): por peristaltismo transporta o bolo alimentar até ao estômago, progressão no esófago, gravidade, peristalse e abertura do esfíncter esofágico inferior. As dificuldades que ocorrem durante esta fase são geralmente o resultado de obstrução mecânica, mas a doença neurológica não pode ser excluída.

No entanto, a deglutição para Spiro *et al.* (1994, citados por Steele & Lieshout, 2009), divide-se em quatro fases, sendo duas voluntárias (preparatória oral e oral) e duas involuntárias (faríngea e esofágica). Estes autores referem que “durante as primeiras fases, vários músculos são ativados, no sentido de preparar o bolo para ser deglutido. Na fase faríngea, ocorre a proteção das vias aéreas superiores. Essa proteção é feita através de três mecanismos diferentes: fechamento da glote por meio da adução das pregas vocais; fechamento da entrada da laringe por meio da eversão da epiglote; e elevação e anteriorização da laringe. No momento em que a

laringe se eleva, o esfíncter esofágico superior relaxa e, em seguida, ocorre a abertura da transição faringe esofágica, para que o alimento passe para o esôfago, iniciando a fase esofágica da deglutição. Nesta fase, o alimento é levado até ao estômago por meio de ondas peristálticas” (Dias, 2015, p.16). Os autores Leopold e Kagel (1997, citados por Hori *et al.*, 2013) sugerem uma quinta fase, a chamada fase pré-oral ou antecipatória, em que as qualidades visuais e olfativas dos alimentos podem promover a salivação, que mecanicamente auxilia na preparação do bolo, na transferência e no transporte (Dias, 2015, p.16-17).

Qualquer distúrbio no processo da deglutição, quer seja nas fases oral, faríngea ou esofágica, descreve um quadro de disfagia, sendo esta considerada uma manifestação secundária a uma patologia de base de ordem neurológica (que é uma desordem no processo da deglutição resultante de uma doença ou lesão neurológica ocasionando, na maioria das vezes, um comprometimento sensório-motor na fase oral e/ou faríngea), sistêmica, infecciosa, mecânica (ocorre na presença de alterações estruturais, porém o controle neural permanece intacto, contudo, na maioria das vezes, a dificuldade de deglutição está relacionada aos tumores da região da cabeça e pescoço) ou traumática. A disfagia está relacionada com a alteração na forma de engolir, facto que impede a efetiva condução do bolo alimentar pelo trato gastrodigestivo, afetando as diferentes fases da deglutição. Essa alteração pode ocasionar restrições na alimentação, seja de consistências ou volumes e utilização de uma via alternativa exclusiva ou associada à via oral (Gonçalves, Bastilha, Costa, & Mancopes, 2015).

Também como anteriormente referido, podem ser evidenciadas dificuldades relacionadas à mastigação, ao início da fase faríngea da deglutição, ao refluxo nasal, à tosse, ao engasgo durante as refeições, além de poder ocasionar a entrada do alimento e/ou secreções na via aérea inferior, implicando consequências ao nível de penetração, aspiração e broncopneumonia aspirativa, e também pode levar à desnutrição e desidratação, perda de peso e consequente redução da qualidade de vida (Gonçalves *et al.*, 2015; Rockland & Santos, 2016). Pode-se então dizer que a disfagia consiste numa perturbação da deglutição com sinais e sintomas específicos que se caracterizam por alterações em qualquer etapa ou entre as etapas da dinâmica da deglutição, e pode ser congénita ou adquirida (Frias, Biléu, Pires, & Marranita, 2015).

Neste contexto, o Terapeuta da Fala, sendo o profissional responsável pela prevenção, avaliação, intervenção, gestão e estudo científico das perturbações da comunicação humana e deglutição, deve relativamente à deglutição promover a passagem segura de alimentos e bebidas através da orofaringe de forma a garantir uma nutrição adequada, de forma a promover, uma melhor qualidade de vida do indivíduo (Batista, 2011). Assim, a importância da intervenção da Terapia da Fala em diferentes instituições, têm sido salientada por vários autores, que referem a

relevância do terapeuta proceder à avaliação, diagnóstico precoce, reabilitação e elaboração de programas educativos e orientações, a fim de este promover uma melhor qualidade de vida dos indivíduos que tenham alguma perturbação na deglutição (Gutierrez *et al.*, 2009; Speyer *et al.*, 2010; Heijnen *et al.*, 2012). Desta forma, o Terapeuta da Fala pode realizar “um vasto leque de atividades profissionais”, como por exemplo, ações de prevenção, rastreio, consultadoria, avaliação e diagnóstico, tratamento, intervenção, gestão, aconselhamento e seguimento de clientes (Mendes, 2004; Rockland & Santos, 2016).

Dentro dos diferentes tipos de intervenção, destaca-se a intervenção direta ou indireta. A intervenção direta é realizada individualmente com o indivíduo, através da utilização de diferentes técnicas, exercícios, estratégias e materiais, consoante as áreas de intervenção e os objetivos delineados. A intervenção indireta consiste no ensino e treino de estratégias de comunicação com a família, profissionais e outras pessoas pertencentes aos contextos do indivíduo (Batista, 2011).

No contexto de intervenção, existem várias escalas a nível internacional que permitem avaliar e despistar a disfagia. Entre estas escalas, encontram-se a *The Mann Assessment of Swallowing Ability* (MASA), que é uma ferramenta usada para determinar os níveis de capacidade da função da deglutição em indivíduos acometidos por doenças neurológicas. *The Clinical Dysphagia Scale* (CDS), que foi concebida para avaliar a disfagia em pacientes com acidentes vasculares cerebrais. A *Dysphagia-Specific Quality of Life* (SWAL-QOL), que é uma escala que avalia os efeitos da disfagia na qualidade de vida dos doentes com cancro da cabeça e pescoço. O *Dysphagia Outcome Severity Scale* (DOSS), que avalia subjetivamente a gravidade funcional da disfagia com base na capacidade de ingestão de alimentos. A *Eating Assessment Tool* (P-EAT-10), que é um instrumento de autoavaliação da identificação do risco de disfagia, que permite uma intervenção multidisciplinar o mais precocemente possível. A *M. D. Anderson Dysphagia Inventory* (MDADI), desenvolvida para avaliar os efeitos que a disfagia tem na qualidade de vida dos doentes oncológicos. O EQ-5D (EuroQol Group), que descreve e valoriza a saúde dos indivíduos. E o *Functional Oral Intake Scale* (FOIS), que tem por objetivo avaliar pacientes com disfagia, em estado pós-acidentes vasculares cerebrais (Dias, 2015).

Apesar da variedade de escalas internacionais que avaliam o grau de severidade da disfagia, verifica-se uma grande escassez no que se refere há existência de escalas para avaliar a satisfação da pessoa com disfagia, bem como estudos relacionados com esta temática relacionada com a disfagia.

A medição da satisfação do doente quanto aos cuidados de saúde prestados não é de modo algum significativamente simples e consensual, contudo, parece haver acordo no que concerne à

natureza multidimensional do mesmo, ou seja, os doentes possuem opiniões muito distintas sobre aspetos diferentes dos cuidados de saúde, sendo uma das distinções importantes a que opõe o aspeto técnico ao aspeto humano ou interpessoal do cuidar (Pereira, Araújo-Soares, & McIntyre, 2001). A participação ativa dos doentes dá-lhes a capacidade para perceberem as diferentes opções de tratamento disponíveis e de optarem, devidamente informados, por uma dessas alternativas, tornando-se assim, corresponsáveis pelos resultados e pela qualidade dos cuidados de saúde (Ferreira, 2000).

Existem estudos sobre os diversos aspetos dos cuidados de saúde que influenciam a avaliação da satisfação dos doentes. Roter (1989), ao realizar uma meta-análise de alguns estudos sobre os aspetos do comportamento dos médicos e a satisfação dos seus doentes, verificou que o fator mais importante na satisfação do doente era o fornecimento de informação por parte dos profissionais em relação ao problema e tratamento destes. Na identificação das dimensões que mais influenciam a satisfação do doente, alguns autores referem que a satisfação depende do tipo de cuidados que são prestados e do contexto em que é estudada. Exemplificando, num estudo efetuado sobre os determinantes da satisfação dos doentes com os cuidados primários, a satisfação foi medida através do instrumento *European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care* (EUROPEP). Neste instrumento foram identificadas cinco dimensões da satisfação: a relação e comunicação; os cuidados médicos; a informação e apoio; a continuidade e cooperação; e a organização dos serviços (Ferreira, 2001).

Desta forma, este trabalho de tradução do SWAL-CARE visa a medição da satisfação do doente com disfagia face aos cuidados obtidos, permitindo também ser um contributo para determinar a sustentabilidade dos serviços de saúde.

3. Tradução e Adaptação Cultural

A Tradução e Adaptação Cultural de instrumentos internacionais têm sido uma prática recorrente na área da saúde em Portugal. O SWAL-CARE foi um questionário desenvolvido para auxiliar a pessoa com disfagia a expressar o seu grau de satisfação com o tratamento desta doença. A relevância deste estudo prende-se assim, com a necessidade de conhecer a qualidade dos cuidados com a deglutição e a satisfação da pessoa com disfagia em relação às orientações recebidas (Bogaardt, Speyer, Baijens, & Fokkens, 2009).

A adaptação é uma forma de maximizar a conformidade cultural dum instrumento e, dessa forma, minimizar o enviesamento resultante da simples tradução da versão original. Como refere Malda *et al.* (2008, citados por Lemos, Martins, Simões, & Santana, 2012) mais do que traduzir

um instrumento, a sua adaptação respeita idiossincrasias (particularidades comportamentais e próprias de um indivíduo ou de um grupo de pessoas) linguísticas e culturais. No processo de adaptação de um instrumento para outra língua, o essencial é que sejam utilizados procedimentos metodológicos rigorosos e que se respeitem os pressupostos da versão original do instrumento.

Procurando uniformizar os procedimentos, Beaton, Bombardier, Guillemin, e Feraz (2000) desenvolveram diretrizes para a tradução e adaptação de testes de uma cultura para uma outra, ou seja, a tradução cultural. Os autores recomendam o cumprimento de seis etapas, consideradas essenciais para um resultado de qualidade (Beaton *et al.*, 2000; Guillemin, 1995; Prado, 2007). A primeira etapa é a da tradução. São necessárias duas traduções da língua de origem para a língua alvo e devem ser independentes. Os dois tradutores devem ter como língua materna, o português, e um domínio completo da língua do instrumento original. Na segunda etapa, as duas traduções são discutidas e comparadas, com o objetivo de construir uma síntese das duas traduções. Na terceira etapa, dois outros tradutores, cuja língua materna é o inglês, farão a retrotradução, convertendo o produto da síntese para a língua de origem. Este processo de retrotradução é usado para verificar se a versão traduzida realmente expressa os conceitos da versão original. Esta é uma fase crítica do processo, porque existe a possibilidade de se obter uma tradução perfeita que não seja, necessariamente, uma tradução correta dentro do contexto cultural em questão. Na quarta etapa, recomendam reunir tradutores, profissionais de saúde e professores da língua alvo para compor um *comité de especialistas*. Este *comité* vai comparar todas as versões do instrumento e preparar a versão pré-final do teste. A quinta etapa do processo é o pré-teste. O questionário é aplicado à população alvo e são feitas perguntas sobre a adequação e compreensão do mesmo. Isso assegura que o questionário está a ser interpretado da forma como proposto originalmente. A última etapa do processo, de envio dos registos aos pesquisadores para apreciação e avaliação do processo de adaptação, é recomendada pelos autores, com o objetivo de confirmar que todas as etapas do processo foram cumpridas e de relatar todas as etapas do processo (Guillemin, Bombardier, & Beaton, 1993; Beaton *et al.*, 2000; Prado, 2007; Costa, 2011).

Após a revisão da literatura, verifica-se que os autores Guillemin, Bombardier e Beaton (1993) abordaram alguma metodologia de tradução e adaptação cultural, no qual propuseram um conjunto de instruções padronizadas para a adaptação transcultural de instrumentos de medida, na qual os dividem em duas fases principais: *Tradução*, que consiste na tradução, retroversão, obtenção de uma versão de consenso e análise da qualidade da tradução; e *Validade de conteúdo*, que consiste na análise de compreensão e aceitação por um painel de indivíduos. Estas duas fases incluem as instruções padronizadas, mais conhecidas por etapas, que foram revistas e atualizadas

pelos mesmos autores em 2000 e por Wild *et al.* (2005, citados por Costa, 2011). Estas etapas dividem-se em, *Preparação*, nesta fase o autor deve ter delineado toda a metodologia. Deve preparar o grupo de pessoas com quem vai trabalhar, seleccionar os tradutores; contactar e pedir a autorização formal aos autores do instrumento; convidar os autores do instrumento a participarem no estudo; *Tradução*, que deve ser feita, em condições ideais, por dois tradutores bilingues cuja língua materna é a língua alvo, que produzem duas versões traduzidas. No entanto está descrito que pode existir apenas um tradutor uma vez que a 1ª versão será posteriormente revista por peritos; *Reconciliação* pode ser feita de três formas: revisão de um painel de investigadores, revisão por uma pessoa alheia ao estudo e ainda pelos tradutores que produziram a primeira versão; *Retrotradução* é a tradução da 2ª versão na língua alvo para a língua original que deve ser feita por dois tradutores bilingues cuja língua materna é a língua original do instrumento. Nesta fase é feita uma comparação da versão retrotraduzida e da versão original para salientar e investigar possíveis discrepâncias entre o original e a versão traduzida; *Pré-teste*, uma vez que a versão retrotraduzida da 2ª versão é considerada equivalente, esta é aplicada num pequeno grupo, que compõe o pré-teste, no sentido de testar palavras alternativas e para verificar o nível de compreensão, interpretação e relevância cultural da tradução. O grupo deve ser pequeno, de 10 a 30 sujeitos; *Análise de resultados do pré-teste* realiza-se então a análise dos resultados dos participantes comparando a interpretação da 2ª versão para salientar e corrigir discrepâncias, compondo a 3ª e última versão da língua alvo; *Revisão final* é a revisão final da 3ª versão para corrigir algum erro tipográfico, gramatical ou outros; *Versão final e Relatório* são redigidas no fim, documentando o desenvolvimento de cada fase da tradução. Estando concluída esta etapa pode-se proceder ao processo de validação (Costa, 2011).

CAPÍTULO II - METODOLOGIA

1. Fundamentação do Estudo

O presente estudo tem como objetivo contribuir para a adaptação para o português europeu do “*Understanding Quality of Care in Swallowing Disorders*” (The SWAL-CARE Survey). O SWAL-CARE é um questionário que visa conhecer a qualidade dos cuidados com a deglutição e a satisfação da pessoa com disfagia em relação às orientações recebidas.

O SWAL-CARE foi construído por McHorney e colaboradores, para perceber a satisfação das pessoas com disfagia na qualidade dos cuidados nas perturbações de deglutição (Montoni, Horta, Bandeira, & Angelis, 2008; McHorney *et al.*, 2009; McHorney *et al.*, 2002; Plowman-Prine, Sapienza, Okun, Pollock, Jacobson, Wu, & Rosenbek, 2009; Lemmens, Bours, Limburg, & Beurskens, 2013).

A tradução e adaptação para o português europeu foi autorizada pelo seu autor original, McHorney em 2013. O autor do *Quality of Life in Swallowing Disorders* (SWAL-QOL) e do SWAL-CARE deu a sua autorização à investigadora e a mais uma colega no Porto. Desta forma, e devido à morosidade da tradução do SWAL-QOL, considerou-se pertinente e com a autorização da orientadora fazer apenas a tradução e a adaptação linguística do SWAL-CARE. Assim, avançando com o SWAL-CARE, o processo não é meramente só uma tradução. Seriam realizadas duas traduções por pessoas diferentes que posteriormente vão gerar depois uma de consenso.

2. Objetivos do Estudo

O objetivo deste estudo foi realizar a tradução e adaptação cultural do SWAL-CARE para o Português Europeu. Esta é considerada a primeira etapa do processo de validação do instrumento.

3. Instrumentos de Recolha de Dados

Antes de iniciar a descrição do instrumento a utilizar, é necessário contextualizar a sua elaboração. Em 2000 foi elaborado um questionário específico que aborda a qualidade de vida relacionada à deglutição, o SWAL-QOL. É um questionário que pretende medir sintomas específicos que foram desenvolvidos para avaliar a severidade da disfagia orofaríngea. O instrumento é composto por 44 itens com 11 domínios que avaliam: *burden*, desejo de comer, duração da alimentação, frequência de sintomas, seleção dos alimentos, comunicação, medo de comer, saúde mental, funcionamento social, sono e fadiga. O mesmo grupo desenvolveu outro

questionário que não avalia a qualidade de vida, mas auxilia o doente a expressar o seu grau de satisfação com o tratamento da disfagia. O SWAL-CARE visa conhecer a qualidade dos cuidados com a deglutição e a satisfação da pessoa com disfagia em relação às orientações recebidas (Vieira, 2010; Heijnen *et al.*, 2012).

Este instrumento é composto por três domínios (*Clinical Information*, *General Advice*, e *Patient Satisfaction*) - Informação Clínica, Aconselhamento Geral, e Satisfação da pessoa com disfagia. As respostas variam numa escala de um a seis no domínio do “Aconselhamento Geral”, e variam numa escala de um a quatro no domínio da “Satisfação da pessoa com disfagia”, respetivamente, a primeira possui onze itens e a segunda apresenta quatro itens (McHorney *et al.*, 2009; McHorney *et al.*, 2002; Montoni *et al.*, 2008).

O tempo de preenchimento do SWAL-CARE é de aproximadamente de 10 minutos na sua versão original. O SWAL-CARE é curto, auto-administrável e facilmente compreendido pelos respondentes. Os critérios de inclusão para a aplicação do questionário SWAL-CARE são: indivíduos com 18 anos e mais; independentemente do género; com perturbação de deglutição diagnosticada; e indivíduos que tenham tido intervenção em Terapia da Fala e/ou com Técnico especialista da área da deglutição pelo menos duas vezes (McHorney *et al.*, 2009; McHorney *et al.*, 2002; Montoni *et al.*, 2008).

Aquando da aplicação do SWAL-CARE, considerou-se adequado a aplicação de algumas escalas que permitem analisar a perceção dos indivíduos em relação ao seu estado de saúde, nomeadamente:

- SWAL-QOL (McHorney *et al.*, 2002) que avalia os efeitos da disfagia na qualidade de vida dos doentes com cancro da cabeça e pescoço e o qual já foi descrito anteriormente.

- P-EAT-10 (Belafsky *et al.*, 2008) que avalia a autoperceção do indivíduo acerca da sua disfunção, constituído por dez questões, cuja resposta pode ser dada numa escala tipo *Likert* de cinco pontos (0 = não, nunca a 4 = sim, sempre), fornece informações sobre a funcionalidade, impacto emocional e sintomas físicos que um problema de deglutição pode ter na vida de uma pessoa. É uma escala de rápida aplicação e fácil de cotar, bastando para isso somar os resultados de cada item, sendo que uma pontuação igual ou superior a três é indicador de disfagia.

- EQ-5D (EuroQol Group, 1990) que descreve e valoriza a saúde dos indivíduos é constituído por duas partes, contendo um sistema descritivo e uma escala visual analógica. O sistema descritivo mede cinco dimensões de saúde, nomeadamente, a mobilidade, cuidados pessoais, atividades habituais, dor/mal-estar e ansiedade/depressão. Existem três níveis de resposta que oscilam entre 1 (sem problemas) e 3 (muitos problemas). A combinação de um nível em cada uma das cinco dimensões permite definir um estado de saúde. Para medir o estado

de saúde do indivíduo, o questionário, também, inclui uma escala analógica visual de pontuação sob a forma de um termómetro, em que se pretende que a pessoa registre o valor que atribui ao seu estado de saúde, numa escala vertical e graduada de 0 a 100.

- FOIS (Crary, Mann, & Groher, 2005) que mede a capacidade de consumir alimentos por via oral em pacientes com disfagia, e apresenta sete níveis de classificação com base em questões clínicas que refletem a capacidade de ingestão oral. Os níveis de um a três referem-se a graus de alimentação não oral; os níveis de quatro a sete referem-se a diferentes graus de alimentação por via oral.

4. Recolha de Informação

A tradução e adaptação cultural do SWAL-CARE para o português europeu foi realizada com base nos procedimentos propostos por Guillemin *et al.* (1993) e por Wild *et al.* (Costa, 2011) descritos na fundamentação teórica, bem como através do documento de Tradução e Adaptação Linguística de Instrumentos de Avaliação para o Português Europeu (Nogueira & Lopes, s/d).

i) Preparação

Nesta fase foi delineada a metodologia a utilizar durante todo o processo. Foram seleccionados os tradutores (tradutores portugueses fluentes em inglês e tradutores ingleses fluentes em português). Foi ainda reunido um grupo-alvo.

ii) Tradução

O processo de tradução do instrumento iniciou-se com a realização de duas traduções da versão original do SWAL-CARE, para o Português. Estas duas traduções foram realizadas, independentemente, por dois tradutores cuja língua materna é o Português Europeu, mas fluentes na língua do instrumento original. Após o trabalho dos tradutores surgem assim, duas versões traduzidas do instrumento original.

iii) Versão de Consenso

Após a obtenção das duas traduções, realizou-se a fusão de ambas (versão de consenso das duas traduções na língua portuguesa). As divergências existentes entre as duas traduções foram resolvidas através da revisão por um painel de investigadores da Escola Superior de Saúde de Alcoitão com formação na área do questionário, para completar a primeira versão preliminar.

iv) Retroversão

Continuamente, a versão preliminar foi traduzida novamente, para o Inglês (retrotradução), por outro tradutor cuja língua materna é a língua do instrumento original, mas fluente em Português Europeu.

v) Revisão do Instrumento e Análise de possíveis alterações

Nesta fase foi realizada uma comparação da versão original, da versão de consenso e da retroversão, para identificar possíveis discrepâncias entre a versão original do instrumento e a versão traduzida. Desta análise, com a concordância da investigadora e da orientadora do projeto, resulta uma versão pré-final do instrumento (Apêndice 2).

vi) Validade de Conteúdo

Após a conclusão da versão portuguesa do instrumento, reuniu-se um grupo de pessoas pertencentes à população alvo para aplicação do instrumento. Este procedimento teve como objetivo, testar o nível de compreensão, interpretação e relevância cultural da tradução.

A amostra do teste de compreensão foi composta por 12 indivíduos que apresentavam como critérios de inclusão, problemas de deglutição e cuidados recebidos por parte de um Terapeuta da Fala e/ou com Técnico especialista da área da deglutição pelo menos duas vezes. Nesta fase, a aplicação do teste de compreensão foi apresentado a indivíduos que possuem um baixo nível de escolaridade, ou seja, se estes indivíduos conseguiram compreender o teste, todos os outros a aplicar também o compreenderão.

Os indivíduos que compõem a amostra pertencem ao Concelho de Coimbra, de Faro e de Aveiro, e o questionário foi aplicado entre Abril de 2014 e Setembro de 2016. O grupo de indivíduos foi composto por 50 pessoas (12 indivíduos do teste de compreensão mais 38 indivíduos), com representatividade face à população alvo e nível de escolaridade baixo. Inicialmente era explicado à pessoa o objetivo do estudo/questionário, o anonimato das respostas e a confidencialidade e, posteriormente, convidado a participar. Após esta fase, sucedeu-se a recolha dos dados sociodemográficos (sexo, idade, habilitação académica, estado civil). Caso o indivíduo não soubesse ler e escrever, podia ser ajudado no preenchimento do questionário (referir na recolha dos dados sociodemográficos se teve ajuda ou não no preenchimento do instrumento) registando-se o tempo/duração do preenchimento para cada pessoa. Após o preenchimento, realiza-se a análise conjunta de cada um dos itens do instrumento (registar cada alteração necessária/dificuldade/comentário/se consideraram as questões pouco claras ou confusas).

Para realizar estatisticamente a estabilidade temporal do SWAL-CARE, através do teste-reteste, este questionário foi passado de novo, três meses mais tarde, a um grupo menor, apenas de 21 indivíduos. As principais razões para o facto de apenas se ter passado a este número de pessoas foi o facto de ter ocorrido abandono/ausência/alta da intervenção e/ou razões logísticas por parte da própria investigadora.

vii) Envio do 1º Relatório ao Autor/ Versão Final

Após a análise dos resultados do preenchimento dos questionários, foi construído um relatório com apresentação de dúvidas, sugestões e eventuais alterações que se consideraram pertinentes. Esse relatório será enviado ao autor do questionário original para análise e solicitação de opiniões e pedido de autorização para proceder às eventuais alterações. Após aprovação do autor, será redigida a versão portuguesa final do instrumento, finalizando-se o processo de tradução e adaptação linguística. Estando concluída esta etapa poderá iniciar-se o processo de validação.

5. Consentimento Informado e Proteção dos Participantes

No que diz respeito às normas éticas que devem envolver este tipo de estudos, e que cabem a qualquer profissional nesta área, os participantes foram previamente informados sobre as características do instrumento a ser utilizado, tendo-lhes igualmente sido explicado o objetivo final da investigação. Neste sentido, foi pedido aos participantes que assinassem um documento de Consentimento Informado onde para além da informação relevante acerca do estudo foram salvaguardados o direito ao anonimato e à confidencialidade dos dados a serem tratados.

O referido consentimento foi assinado após apresentação e explicação dedicada a cada indivíduo (Apêndice 1). A participação foi totalmente voluntária e foi garantida formalmente a confidencialidade dos dados. O estudo final não apresenta qualquer identificação pessoal ou outros elementos que possam levar à identificação dos participantes.

Foi requerida devida autorização formal a todas as instituições, através de carta dirigida ao responsável da instituição e/ou técnico de referência. Previamente a cada recolha de dados foi realizada uma apresentação do estudo aos responsáveis das instituições, onde se verificou os horários e disponibilidade dos participantes.

CAPÍTULO III – RESULTADOS

1. Tradução/Versão de Consenso

Da análise das equivalências de significado da tradução “*Understanding Quality of Care in Swallowing Disorders*” resultaram os seguintes consensos:

Quadro 1. Versão de Consenso.

	<i>Original em Inglês</i>	<i>Tradução Proposta/Final</i>
Titulo	“ <i>Understanding Quality of Care in Swallowing Disorders</i> ”	Compreensão da Qualidade dos Cuidados nas Perturbações de Deglutição
Instruções	Instructions for Completing the SWAL-CARE Survey	Instruções para o preenchimento do Questionário SWAL-CARE
Explicação do questionário	This questionnaire is designed to find out how you feel about the care receive for your swallowing problem. Please take the time to carefully read and answer each question. Some questions may look like others, but each one is different.	O presente questionário foi desenvolvido com o objetivo de avaliar como se sente relativamente aos cuidados que recebe para o seu problema de deglutição. Por favor, leia e responda com atenção a cada pergunta. Note que, apesar de algumas perguntas poderem parecer semelhantes, cada uma delas é diferente.
Exemplo	Here’s an example of how the questions in the survey will look.	Aqui está um exemplo das perguntas que irá encontrar neste questionário:
Pergunta exemplo	1. How would you rate the advice you have received about:	1. Como classificaria o aconselhamento que recebeu relativamente a:
Item exemplo	Food I should eat.	Alimentos que devo comer.
Opções em escala temporal	“Poor”, “Fair”, “Good”, “Very good”, “Excellent”, “Outstanding”	“Fraco”, “Razoável”, “Bom”, “Muito bom”, “Excelente”, “Extraordinário”
Agradecimento	Thank you for your help in taking part in this survey!	Obrigado pela sua participação neste questionário!
Explicação de quem poderá avaliar e intervir no problema de deglutição	Swallowing clinicians are the health care professionals you see for your swallowing problem (for example, speech language clinician or speech pathologist or speech therapist). This person may give you advice on how to swallow more easily and safely. He or she may watch while you eat or drink. They may use an xray machine while doing this. However, this person never prescribes medications. When you answer the questions below, please think only of these people.	A avaliação e o tratamento das perturbações da deglutição envolvem um médico especialista e um Terapeuta da Fala, a quem deverá recorrer caso sinta dificuldades em engolir. Os Terapeutas da Fala e/ou Técnico especialista da área da deglutição podem aconselhá-lo/a utilizar estratégias que lhe permitam engolir mais facilmente e em segurança. Este aconselhamento advém de uma observação/avaliação direta enquanto come ou bebe. A avaliação, caso necessário, pode ser feita recorrendo a exame radiológico ou outro tipo de exame. Quando responder às perguntas que se seguem, por favor, considere os profissionais de saúde a quem recorreu quando lhe surgiu um problema de deglutição.

1º Painel de Itens

Questão inicial	Think about the advice your swallowing clinicians may have given you. How would you rate the advice you’ve received in the following areas:	Pense no aconselhamento recebido por parte do Terapeuta da Fala e/ou Técnico especialista da área da deglutição que o avaliou/tratou por causa do seu problema de deglutição. Como classificaria a informação/aconselhamento que
-----------------	---	--

		recebeu nas seguintes áreas:
	Circle one number on each line	Assinale, com um círculo, um número em cada linha
Opções em escala temporal	“Poor”, “Fair”, “Good”, “Very good”, “Excellent”, “Outstanding”	“Fracó”, “Razoável”, “Bom”, “Muito bom”, “Excelente”, “Extraordinário”
Item 1	Foods I should eat.	Alimentos que devo comer.
Item 2	Foods I should avoid.	Alimentos que devo evitar.
Item 3	Liquids I should drink.	Líquidos que devo beber.
Item 4	Liquids I should avoid.	Líquidos que devo evitar.
Item 5	Techniques to help me get food down.	Técnicas que me ajudem a engolir os alimentos.
Item 6	Techniques to help me avoid choking.	Técnicas que me ajudem a não me engasgar.
Item 7	When I should contact a swallowing clinician.	Quando devo contactar um Terapeuta da Fala e/ou Técnico especialista da área da deglutição.
Item 8	Goals of the treatment for my swallowing problem.	Objetivos do tratamento para o meu problema de deglutição.
Item 9	My treatment options.	As minhas opções de tratamento.
Item 10	What to do if I start to choke.	O que fazer quando me engasgo.
Item 11	Signs that I am not getting enough to eat or drink.	Sinais de que não estou a comer ou a beber o suficiente.

2º Pannel de Itens

Questão inicial	We are interested in your feelings, good and bad, about the care you have received from your swallowing clinicians. In the last 3 months, how often did you feel that:	Estamos interessados em saber como se sente, bem ou mal, relativamente aos cuidados recebidos por parte do seu Terapeuta da Fala e/ou Técnico especialista da área da deglutição. Nos últimos 3 meses, com que frequência sentiu que:
	Circle one number on each line	Assinale, com um círculo, um número em cada linha
Opções em escala temporal	“Never”, “Sometimes”, “Usually”, “Always”	“Nunca”, “Algumas vezes”, “Frequentemente”, “Sempre”
Item 1	You had confidence in your swallowing clinicians.	Confiava no seu Terapeuta da Fala e/ou Técnico especialista da área da deglutição.
Item 2	Your swallowing clinicians explained everything about your treatment to you.	O seu Terapeuta da Fala e/ou Técnico especialista da área da deglutição explicou-lhe tudo sobre o seu tratamento.
Item 3	Your swallowing clinicians spent enough time with you.	O seu Terapeuta da Fala e/ou Técnico especialista da área da deglutição passou tempo suficiente consigo.
Item 4	Your swallowing clinicians put your needs first.	As suas necessidades foram colocadas em primeiro lugar pelo seu Terapeuta da Fala e/ou Técnico especialista da área da deglutição.

Dados Sociodemográficos

Questões	General Questions About You	Por fim, pedimos que responda a mais algumas questões sobre si
Data de nascimento	What is the date of your birth?	Qual é a sua data de nascimento?
Idade	What is your age today?	Qual é a sua idade no dia de hoje?
Sexo	Are you – male/female	É do sexo – masculino/feminino
	Circle one	Assinale, com um círculo, apenas um número
Raça	What is your main racial or ethnic group?	Qual a raça ou grupo étnico a que pertence?
	Circle one	Assinale, com um círculo, apenas um número
	White or Caucasian, but not Hispanic or Latino; Black or African-American, but not Hispanic or Latino; Hispanic or Latino; Asian;	Branco/caucasiano; negro ou de ascendência africana; asiático; cigano; outro

	Other	
Habilitações académicas	What is the highest year of school or college you have ever completed? circle one number Grade School; High School; College; Post Graduate	Qual é a sua habilitação académica mais elevada? Assinale, com um círculo, apenas um número Ensino Básico; Ensino Secundário; Ensino Superior (1º Ciclo); Ensino Pós-Graduado (2º ou 3º Ciclos)
Estado civil	What is your current marital status? Circle one “Never married”, “Married”, “Divorced”, “Separated”, “Widowed”	Qual é o seu estado civil atual? Assinale, com um círculo, apenas um número “Solteiro”, “Casado”, “Divorciado”, “Separado”, “Viúvo”
Preencher questionário	Did anybody help you complete this questionnaire? Circle one If someone helped you fill out this questionnaire, how did that person help you “Read you the questions and/or wrote down the answers you gave”, “Answered the questions for you”, “Helped in some other way”	Alguém o/a ajudou a preencher este questionário? Assinale, com um círculo, apenas um número Se alguém o/a ajudou a preencher este questionário, indique o tipo de ajuda que essa pessoa lhe deu? “Leu as perguntas e/ou escreveu as respostas que dei”, “Respondeu às perguntas por mim”, “Ajudou-me de outra forma”
Data	Please write today’s date here: month/ day/ year	Por favor, escreva aqui a data de hoje: dia/ mês/ ano

Comentário

Página	Last Page	Última Página
Comentário	Comments: Do you have any comments about this questionnaire? We welcome your comments about the questionnaire in general or about specific questions, especially any that were unclear or confusing to you.	Comentários: Gostaria de fazer algum comentário relativamente a este questionário? Agradecemos os seus comentários sobre o questionário, em geral, e sobre as perguntas, em particular, principalmente se as considerou pouco claras ou confusas.
Agradecimento	Thank you for completing the SWAL-CARE Survey!	Obrigado por preencher o questionário SWAL-CARE!

2. Retroversão

Da análise de equivalência de significado da tradução do SWAL-CARE, não foi necessário proceder a grandes alterações. Alterando-se apenas alguns aspetos mais consensuais da população portuguesa:

- As datas encontram-se apresentadas na forma americana (Mês/Dia/Ano), optando-se por colocar da forma mais comum em Portugal (Dia/Mês/Ano);
- Quanto ao estado civil atual, considera-se pertinente colocar mais um estado civil, que é nos dias de hoje comum em Portugal, a “*União de Facto*”;
- Relativamente à raça ou grupo étnico, considera-se relevante colocar os seguintes grupos: branco/caucasiano; negro ou de ascendência africana; asiático; cigano; outro.

- Na habilitação literária, considera-se relevante colocar mais duas habilitações “*Sem escolaridade*” e “*Sabe ler e escrever mas sem escolaridade*”, às restantes habilitações académicas.

3. Validade de Conteúdo

As características da amostra, correspondentes aos 50 indivíduos que participaram no estudo, encontram-se descritas na tabela seguinte.

Quadro 2. Características da amostra (N=50).

<i>Variáveis</i>	<i>Dados</i>
Idade (anos)	74.9 ± 8.7 (60 - 94)
Sexo	
Masculino	23
Feminino	27
Estado Civil	
Solteiro/a	9
Casado/a	8
Divorciado/a	3
Separado/a	0
Viúvo/a	30
União de Facto	0
Raça ou Grupo Étnico	
Branco/caucasiano	48
Negro ou de ascendência africana	2
Asiático	0
Cigano	0
Outro	0
Habilitações Académicas	
Sem escolaridade	7
Sabe ler e escrever mas sem escolaridade	23
Ensino Básico	20
Ensino Secundário	0
Ensino Superior (1º Ciclo)	0
Ensino Pós-Graduado (2º ou 3º Ciclos)	0
Alguém o/a ajudou a preencher este questionário?	
Não, preenchi sozinho/a	1
Sim, alguém me ajudou a preenchê-lo	49
Se alguém o/a ajudou a preencher este questionário, indique o tipo de ajuda que essa pessoa lhe deu?	
Leu as perguntas e/ou escreveu as respostas que dei	49
Respondeu às perguntas por mim	0
Ajudou-me de outra forma	1
Tempo Preenchimento Questionário (minutos)	12.5 ± 2.5 (10 – 15)
Tempo Entrevista (minutos)	11 ± 4 (7 – 15)
Informação Clínica	
A amostra apresenta disfagia. Alimentação por via oral utilizando várias consistências, sem preparação especial, mas com limitação para alimentos específicos. Necessidade de uma supervisão regular e de algumas modificações ao nível da dieta. A amostra perceciona alguns problemas relativamente ao estado de saúde, nomeadamente à mobilidade, cuidados pessoais, dor/mal-estar, ansiedade/depressão e nas atividades habituais.	

O grupo de indivíduos foi composto por 50 pessoas (com idade igual e/ou superior a 60 anos), 23 do sexo masculino e 27 do sexo feminino, com representatividade face à população alvo e nível de escolaridade baixo (23 sabem ler e escrever mas sem escolaridade e 20 possuem o Ensino Básico) e na sua maioria eram viúvos (n=30). A duração média do preenchimento do questionário foi de 12 minutos e meio, não havendo nenhum questionário com dados em falta, ou seja, os participantes do estudo preencheram todos os dados dos questionários, quer tenham sido preenchidos com ou sem ajuda. Em relação à entrevista, a duração média foi de 11 minutos, para um mínimo de 7 e um máximo de 15 minutos (Quadro 2).

O grupo de indivíduos da amostra apresenta disfagia, dificuldades ao nível da deglutição. Apresentam necessidade de uma supervisão regular e de algumas modificações ao nível da dieta, contudo, todos os participantes deste estudo se alimentam por via oral. Os participantes revelam a existência de alguns problemas relativamente ao seu estado de saúde, influenciado também pela idade apresentada. A totalidade da amostra não consegue referir com exatidão o tempo de evolução dos seus problemas de saúde.

No que concerne à análise global do instrumento, refere-se que é um questionário simples, de fácil compreensão, útil e adequado à população a que se dirige, e da opinião generalizada que a linguagem utilizada é simples e clara. Na análise individual de cada pergunta e respetivas respostas verifica-se que:

- O facto de estar incluído o exemplo inicialmente, é de extrema importância na visualização do que é pretendido (estando também visível o círculo à volta do número correspondente à classificação a dar).
- O facto de ao longo do instrumento se referir ao “Terapeuta da Fala e/ou Técnico especialista da área da deglutição” e não mencionar nenhum outro técnico é também um factor de clareza para os participantes ao darem a sua classificação.

Por não serem referenciadas outras dificuldades ou comentários, relativamente à análise de conteúdos dos diferentes itens do questionário SWAL-CARE, foi preparada a versão final do questionário. A versão portuguesa do SWAL-CARE procura respeitar, sempre que aplicável, a equivalência com a sua versão original. Foi enviado ao autor original do SWAL-CARE a versão em português e a retroversão.

4. Análise Descritiva

O SWAL-CARE é constituído por dois domínios: Aconselhamento Geral (11 itens) que varia numa escala de 1 a 6, e a Satisfação com a pessoa com disfagia (4 itens) que varia numa

escala de 1 a 4 (McHorney *et al.*, 2009; McHorney *et al.*, 2002; Montoni *et al.*, 2008). No tratamento estatístico dos dados recolhidos, os mesmos foram tratados estatisticamente por computador, através do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (versão 20.0).

Apresentam-se os resultados referentes à verificação das propriedades psicométricas da versão traduzida do SWAL-CARE da amostra (N=50). São apresentados os resultados referentes à análise da consistência interna do questionário como medida da sua fidelidade avaliada pelo coeficiente de *alfa de Cronbach* e testes complementares, comparados aos observados no artigo original (McHorney *et al.*, 2009; McHorney *et al.*, 2002; Montoni *et al.*, 2008).

Quadro 3. Estatística descritiva e análise da consistência interna das respostas do SWAL-CARE.

		<i>Aconselhamento Geral</i> (11 itens)	<i>Satisfação com a pessoa com</i> <i>disfagia</i> (4 itens)
Valores Artigo Original	Média	46.3	78.5
	Desvio Padrão	28.4	27.0
	Alfa de Cronbach	0.94	0.92
	Teste-reteste (Pearson)	0.63	0.62
Mínimo - Máximo		Itens 1, 2, 5 e 11 (2-5) Itens 3, 4, 6, 7, 8, 9, 10 (3-5)	Itens 1, 2 e 3 (2-4) Item 4 (3-4)
Valores da Tradução	Média	3.79	3.60
	Desvio Padrão	0.72	0.58
	Variância	0.53	0.35
	Alfa de Cronbach	0.94	0.94
	Teste-reteste (Pearson)*	0.38	0.23

*Test-retest sample size = 21; average test-retest interval = 3 months

Após a análise da percepção da amostra em relação ao SWAL-CARE, procura-se averiguar quais os valores médios obtidos nas escalas FOIS, EQ-5D e P-EAT-10.

Quadro 4. Resultados médios das escalas aplicadas.

	<i>Média</i>	<i>Desvio Padrão</i>
FOIS	6.00	0.535
EQ-5D: Mobilidade	2.00	0.000
EQ-5D: Cuidados Pessoais	2.00	0.571
EQ-5D: Atividades Habituais	1.94	0.512
EQ-5D: Dor/Mal-Estar	2.06	0.373
EQ-5D: Ansiedade/Depressão	2.18	0.482
P-EAT-10	19.16	7.046

Os dados evidenciados no Quadro 4, demonstram que relativamente à FOIS, os indivíduos se encontram no Nível 6: Alimentação por via oral utilizando várias consistências, sem

preparação especial, mas com limitação para alimentos específicos. Estes resultados sugerem que apesar da necessidade de uma supervisão regular e de algumas modificações ao nível da dieta, todos os participantes deste estudo se alimentam por via oral.

Relativamente à EQ-5D, constata-se que na sua maioria, os indivíduos apresentam algumas dificuldades nas cinco dimensões (apresentam valores médios de 2), o que revela a existência de alguns problemas relativamente ao estado de saúde dos indivíduos.

No que se refere à P-EAT-10, os resultados indicam que todos os indivíduos têm disfagia, tendo em conta que o valor médio encontrado é igual a 3. Esta escala sugere que existem alguns problemas de deglutição nos participantes da nossa amostra.

4.1. Análise da Consistência Interna

A consistência interna diz respeito a um conjunto de correlações múltiplas que permitem identificar erros de conteúdo. Este indicador pode ser medido através do *alfa de Cronbach* (Marôco, 2011).

Os coeficientes de *alfa de Cronbach* calculados cumprem o critério de consistência interna definido como aceitável (> 0.70) para o total do questionário (Pestana & Gageiro, 2008). Através da visualização no quadro 3, pode-se verificar que no domínio *Aconselhamento Geral*, a média das respostas dadas foi entre o 3 e 4, nomeadamente, entre o “Bom” e “Muito Bom” para o aconselhamento relativamente à qualidade dos cuidados com a deglutição. Ainda neste domínio é possível verificar que os coeficientes *alfa* encontrados para cada item são maiores que 0.90 concluindo que este domínio possui uma elevada consistência interna. No que concerne ao domínio *Satisfação com a pessoa com disfagia*, a média das respostas dadas foi também entre o 3 e 4, nomeadamente, entre o “Frequentemente” e “Sempre” para a satisfação da pessoa com disfagia em relação às orientações recebidas. Neste domínio, também os coeficientes *alfa* encontrados para cada item são maiores que 0.90 concluindo que este domínio possui também uma elevada consistência interna.

Todos os valores de correlação dos diferentes itens dos dois domínios, apresentam valores superiores a 0.90 (a média da correlação para o domínio *Aconselhamento Geral* é de 0.94 e a média da correlação para o domínio *Satisfação com a pessoa com disfagia* é também de 0.94) concluindo que este questionário possui também uma elevada consistência interna (Quadro 3), tal como é possível verificar nos valores apresentados na versão original (0.94; 0.92) (McHorney *et al.*, 2002).

4.2. Estabilidade Temporal (Fidelidade Teste-reteste)

A estabilidade temporal é a capacidade que um teste tem para reproduzir os mesmos resultados, para os mesmos sujeitos, em diferentes momentos de aplicação. Assim, utiliza-se o teste-reteste, que analisa a correlação significativa entre dois momentos distintos de avaliação e determina o erro associado à estabilidade temporal, permitindo assim, verificar o grau de concordância entre os resultados das duas aplicações. O intervalo entre as aplicações não deve ser muito longo, para evitar que ocorram eventos que possam afetar o comportamento avaliado; por outro lado, também, não deve ser curto demais, para evitar que o sujeito memorize as respostas da primeira aplicação e as replique na segunda. No nosso caso, entre a primeira e a segunda aplicação decorreu um período de três meses.

Os resultados do teste-reteste da versão portuguesa do SWAL-CARE revelaram uma correlação significativa fraca para ambos os domínios ($r=0.38$; $r=0.23$), em comparação com os valores da versão original ($r=0.63$; $r=0.62$) que sugere que o instrumento é fidedigno em termos de estabilidade temporal, como é possível verificar no quadro 3.

4.3. Validade (Correlações)

A validade refere-se ao grau em que um instrumento mede a variável que pretende medir, ou seja, um instrumento é válido na extensão em que mede aquilo que se propõe medir. No nosso caso, vamos utilizar a validade de construto, uma vez que se refere ao grau em que um instrumento de medida se relaciona consistentemente com outras medições semelhantes derivadas da mesma teoria e conceitos que estão a ser medidos (Martins, 2006). Neste contexto, é analisada a associação entre o SWAL-CARE e o P-EAT-10 (autoavaliação da identificação do risco de disfagia).

Quadro 5. Correlação entre o SWAL-CARE e a P-EAT-10.

		<i>P-EAT-10</i>
SWAL-CARE (Aconselhamento Geral)	Pearson Correlation	-0.118
	Sig. (2-tailed)	0.415
	N	50
SWAL-CARE (Satisfação com a pessoa com disfagia)	Pearson Correlation	-0.033
	Sig. (2-tailed)	0.822
	N	50

A associação do P-EAT-10 com o SWAL-CARE, mostra que relativamente às duas dimensões do SWAL-CARE ($r=-0.118$; $r=-0.03$), estes apresentam uma associação fraca negativa, o que sugere, que na presente amostra a autoperceção dos indivíduos acerca da identificação do risco de disfagia não se encontra correlacionada com o aconselhamento relativamente à qualidade dos cuidados com a deglutição e a satisfação da pessoa com disfagia em relação às orientações recebidas (Quadro 5).

CAPÍTULO IV - DISCUSSÃO

A versão portuguesa do SWAL-CARE resulta de um processo de adaptação que procura respeitar as orientações existentes na literatura sobre este processo. O presente estudo descreve o processo de tradução e adaptação do SWAL-CARE da sua versão original em Inglês para o Português. Neste processo, foram tidos em conta os pressupostos da versão original, bem como a adequação à realidade portuguesa (linguística e cultural).

Pretende-se, com este trabalho de tradução e adaptação, aumentar o leque de alternativas nos questionários de satisfação da qualidade dos cuidados recebidos nas perturbações de deglutição.

Todo o processo de tradução e adaptação cultural do SWAL-CARE para o português é baseado nos procedimentos propostos por Guillemin *et al.* (1993) e por Wild *et al.* (Costa, 2011). No estudo brasileiro (Montoni *et al.*, 2008), a metodologia de tradução utilizada nos métodos propostos é através de Peters e Passchier (2006, citados por Montoni *et al.*, 2008), os quais não são muito diferentes dos nossos procedimentos.

Relativamente à análise da qualidade das *traduções* do SWAL-CARE e na equivalência de significado, não existiram grandes obstáculos, uma vez que se obteve a primeira versão de consenso sem dificuldades. Tal como refere Souza (2009), uma boa tradução garante que a versão traduzida seja equivalente à escala original, no que diz respeito à semântica e ao conteúdo. Ainda neste processo, apenas se menciona o facto de se considerar importante a utilização de um termo específico “Terapeutas da Fala e/ou Técnico especialista da área da deglutição” como equivalente semântico de “swallowing clinicians”, visto que em Portugal não existem especialistas da deglutição, e quem intervém nesta área habitualmente são os Terapeutas da Fala. A colocação do termo “Terapeuta da Fala” ao longo do questionário, tem também como razão o facto de este ser considerado o profissional responsável pela prevenção, avaliação, tratamento e estudo científico da comunicação humana e das perturbações com elas relacionadas, bem como do funcionamento auditivo, visual, cognitivo, muscular oral, respiratório, vocal e da deglutição (Mendes, 2004; Rockland & Santos, 2016).

Na fase da *retroversão*, também não se verificam grandes diferenças uma vez que a retroversão se encontra praticamente igual à análise original. O mesmo se verifica no estudo brasileiro, no qual os autores referem que não existe divergências significativas, apesar de haver diferenças gramaticais e culturais entre a população Brasileira e a Americana (Montoni *et al.*, 2008), realidade similar também para a população Portuguesa e Americana. Nesta fase, a decisão

passa apenas pela alteração de alguns aspetos mais consensuais da população portuguesa, nomeadamente o formato da data, acrescentar o estado civil “União de Facto”, uma vez que é também comum nos dias de hoje em Portugal, e acrescentar também mais duas habilitações académicas “Sem escolaridade” e “Sabe ler e escrever mas sem escolaridade”, às restantes habilitações académicas referentes ao ensino em Portugal.

Na fase seguinte, a *qualidade da tradução*, em que o objetivo é criar uma versão pré-final do instrumento, não ocorreram grandes dificuldades, apenas o ajuste de algumas palavras ou expressões, através da revisão e da concordância da investigadora e da orientadora do estudo. O mesmo se verifica no estudo brasileiro, em que esta versão é analisada por um comité de especialistas compostos por profissionais com experiência em reabilitação na população em estudo (Montoni *et al.*, 2008, p.131).

Por fim, e após a conclusão da versão portuguesa do instrumento decorrente dos passos anteriores, o procedimento seguinte teve como objetivo, testar o nível de compreensão, interpretação e relevância cultural da tradução, no qual é composto por 12 indivíduos. Verificando que a versão reúne consenso entre este grupo, aplicou-se a mais 38 indivíduos, perfazendo um grupo final de 50 pessoas. Problemas de deglutição e cuidados recebidos por parte de um Terapeuta da Fala e/ou Técnico especialista da área da deglutição pelo menos duas vezes, são os critérios de inclusão da nossa amostra.

O SWAL-CARE foi bem aceite pelos participantes do estudo e mostrou ter validade de conteúdo, tendo sido preenchido em tempo médio de 12 minutos e meio. No que concerne ao número de participantes nesta fase, para o estudo brasileiro, houve algumas diferenças uma vez que participaram apenas 22 indivíduos. A versão final do SWAL-CARE em português apresenta todas as perguntas do questionário original, uma vez que se adequavam à população portuguesa, tal como sucede com o estudo brasileiro.

Através da análise estatística, e comparando com a versão original (McHorney *et al.*, 2009; McHorney *et al.*, 2002; Montoni *et al.*, 2008), verifica-se que a versão portuguesa do SWAL-CARE apresenta uma adequada fidelidade. Esta foi analisada através da análise do índice de *alfa de Cronbach* dos dois domínios do questionário. Todos os valores de correlação dos diferentes itens dos dois domínios, apresentam valores superiores a 0.90 (a média da correlação para o domínio *Aconselhamento Geral* é de 0.94 e a média da correlação para o domínio *Satisfação com a pessoa com disfagia* é também de 0.94) o que leva a concluir que este questionário possui também uma elevada consistência interna, tal como é possível verificar nos valores apresentados na versão original (0.94; 0.92) (McHorney *et al.*, 2002).

Uma outra característica analisada, foi a da estabilidade temporal do questionário. Para esta análise, o SWAL-CARE foi passado de novo, três meses mais tarde, a um grupo menor, apenas de 21 indivíduos. Os resultados do teste-reteste da versão portuguesa do SWAL-CARE revelaram uma correlação significativa fraca para ambos os domínios ($r=0.38$; $r=0.23$), em comparação com os valores da versão original ($r=0.63$; $r=0.62$) o que sugere que o instrumento é fidedigno em termos de estabilidade temporal. Assim, conclui-se que caso o teste fosse aplicado num espaço de tempo mais curto (o tempo de intervalo da versão original foi de 15,5 dias), se poderia ter obtido resultados mais fidedignos, uma vez que o intervalo entre as aplicações não deve ser muito longo, para evitar que ocorram eventos que possam afetar o comportamento avaliado; mas também por outro lado, não deve ser curto demais, para evitar que o sujeito memorize as respostas da primeira aplicação e as replique na segunda.

Para avaliar a validade, utiliza-se o coeficiente de *correlação de Pearson*, que permite verificar se a P-EAT-10 mede o mesmo construto, quando aplicadas ao mesmo tempo. Os dados revelam que existe uma associação negativa entre o SWAL-CARE e a P-EAT-10. Constatase que a mesma não se encontra correlacionada com o SWAL-CARE, o que revela que a autoperceção dos indivíduos acerca da identificação do risco de disfagia não se encontra correlacionada com o aconselhamento relativamente à qualidade dos cuidados com a deglutição e a satisfação da pessoa com disfagia em relação às orientações recebidas.

Este instrumento visa também providenciar aos Terapeutas da Fala, informação relevante para o seu desempenho no tratamento, bem como identificar áreas que deverão ser trabalhadas para a melhoria da satisfação dos seus doentes, traduzindo assim um aumento da sua capacidade/visibilidade profissional. Tal como refere o autor Donabedian (1992, citado por Marques, 2010) a medida de satisfação é uma importante ferramenta de pesquisa, administração e planeamento, que vai permitir melhorar a qualidade dos cuidados prestados.

Contudo, apesar das limitações, os resultados conseguidos neste estudo devem ser vistos como um ponto de partida para a etapa seguinte, ou seja, a validação e a aferição do SWAL-CARE (McHorney *et al.*, 2009; McHorney *et al.*, 2002; McHorney, Bricker, Kramer, Rosenbeck, Robbins, Chignell, Logemann, & Clarke, 2000; McHorney, Bricker, Robbins, Kramer, Rosenbeck, & Chignell, 2000).

CONCLUSÃO

Não existindo muitos estudos, bem como instrumentos sobre o grau de satisfação com o tratamento da disfagia, considera-se pertinente iniciar o processo de tradução e adaptação cultural de um instrumento que possa auxiliar o Terapeuta da Fala, enquanto profissional nesta área, bem como outros Técnicos especialistas da área da deglutição, usando para isso o “The SWAL-CARE Survey”.

O SWAL-CARE foi traduzido e adaptado para a cultura portuguesa dando origem à versão portuguesa final do *Understanding Quality of Care in Swallowing Disorders* (The SWAL-CARE Survey), que mostra ter validade de conteúdo na amostra utilizada. Este questionário visa conhecer a qualidade dos cuidados com a deglutição e a satisfação da pessoa com disfagia em relação às orientações recebidas (Vieira, 2010; Heijnen *et al.*, 2012).

Os procedimentos adotados para a tradução e adaptação linguística para o português europeu do SWAL-CARE seguiram as recomendações dos autores, iniciando-se pelo pedido de permissão para tradução do questionário original (versão Inglesa), seguido do compromisso de aplicar o questionário. Os procedimentos envolveram o processo de tradução da versão original (versão Inglesa) para o Português e o processo de retroversão da versão em Português para Inglês, e o parecer favorável para a utilização deste questionário.

Na avaliação das propriedades psicométricas da versão Portuguesa do SWAL-CARE, a análise da fidelidade testada pelo coeficiente de *alfa de Cronbach* demonstra uma consistência interna apropriada (valores de *alfa de Cronbach* superiores a 0.90) para os dois domínios do questionário. Globalmente, a avaliação das propriedades psicométricas da versão portuguesa do SWAL-CARE revela alguma similaridade com a observada na versão original, com exceção dos resultados do teste-reteste que revelam uma correlação significativa fraca para ambos os domínios.

Toda a investigação comporta limitações e potencialidades, e este estudo não é diferente. No presente estudo essas limitações foram sentidas principalmente em dois domínios: no tempo de espera nas autorizações para a aplicação dos questionários e nas características particulares da amostra.

Em primeiro lugar, as dificuldades iniciais no acesso à amostra implicaram um atraso significativo no cronograma previsto. As principais dificuldades na recolha de dados prenderam-se com o facto de a investigadora ter de obter uma amostra particular da população portuguesa, em que teve de requerer a devida autorização formal a todas as instituições, através de carta dirigida ao responsável da instituição e/ou técnico de referência, para posteriormente e em caso

afirmativo, ter também de realizar uma apresentação do estudo aos responsáveis das instituições, onde se verificou os horários e a disponibilidade dos participantes.

Em segundo lugar, a constituição da amostra merece alguns comentários. Se por um lado se considera positivo o número de amostra conseguida, não podemos deixar de frisar o facto de esta ser uma amostra que contempla grandes especificidades. É uma amostra em que a população está envelhecida, com uma idade média de 74,9 anos e na sua maioria sabe ler e escrever mas com muitas dificuldades. Quase na sua totalidade (n=49) precisaram da investigadora para ajudar a preencher o questionário, lendo as perguntas e/ou escrever as respostas que deram, fazendo com que o tempo médio de preenchimento ficasse nos 12 minutos e meio, e com o tempo da entrevista a rondar os 11 minutos, ou seja, perfazendo um total por indivíduo de cerca de 24/25 minutos. Estando a relacionar-se com uma população envelhecida, que carece de afetos e comunicação, a investigadora muitas das vezes permanecia com os indivíduos muito mais tempo a conversar sobre outras temáticas importantes para o indivíduo.

Ainda na amostra, uma das limitações foi o facto de se apresentar critérios de inclusão, nomeadamente problemas de deglutição e cuidados recebidos por parte de um Terapeuta da Fala e/ou Técnico especialista da área da deglutição pelo menos duas vezes. Na sua maioria, as instituições portuguesas não possuem uma técnica nesta área, por isso, não existe um diagnóstico de algum problema de deglutição por parte da sua população. Desta forma, a investigadora teve de pesquisar e pedir autorização a colegas de profissão que a auxiliassem neste ponto, promovendo uma maior morosidade na recolha da amostra.

Em resumo, mais do que obter resultados concludentes com esta investigação, espera-se que esta sirva como contributo para a etapa seguinte, a da validação do SWAL-CARE.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anéas, G. & Dantas, R. (2014). A videofluoroscopia da deglutição na investigação da disfagia oral e faríngea. *Jornal Português Gastrenterologia*, 21 (1), 21-25.
- Ardenghi, L., Signorini, A., Battezzini, A., Dornelles, S. & Rieder, C. (2015). Ressonância magnética funcional e deglutição: revisão sistemática. *Audiol Commun Res*, 20 (2), 167-174.
- Batista, J. (2011). *O perfil do terapeuta da fala em Portugal*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Fala e da Audição. Aveiro: Universidade de Aveiro.
- Beaton, D., Bombardier, C., Guillemin, F. & Ferraz, M. (2000). Guidelines for process of cross-cultural adaptation of self-report measures. *Spine*, 25 (24), 3186-3191.
- Belafsky, P. *et al.* (2008). Validity and reliability of the eating assessment tool (P-EAT-10). *Annals of Otolaryngology, Rhinology & Laryngology*, 117 (12), 919-924.
- Bogaardt, H., Speyer, R., Baijens, L. & Fokkens, W. (2009). Cross-cultural adaptation and validation of the Dutch version of SWAL-QOL. *Dysphagia*, 24, 66-70.
- Campos, R., Palma, P. & Leite, I. (2013). Quality of life in patients with dysphagia after radiation and chemotherapy treatment for head and neck tumors. *Jornal Clinic Exp Dent*, 5 (3), 122-127.
- Cardoso, F. (2002). *Avaliação da qualidade dos serviços de urgência – satisfação dos utentes*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.
- Costa, C. (2011). *Tradução e adaptação da PEDro scale para a cultura portuguesa: um instrumento de avaliação de ensaios clínicos em fisioterapia*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Fisioterapia. Lisboa: Universidade Técnica de Lisboa.
- Crary, M., Mann, G. & Groher, M. (2005). Initial psychometric assessment of a functional oral intake scale for dysphagia in stroke patients. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 86 (8), 1516-1520.
- Dias, C. (2015). *Functional Oral Intake Scale (FOIS): contributo para a validação cultural e linguística para o português europeu*. Projeto elaborado com vista à obtenção do grau de

Mestre em Terapia da Fala, na Área de Motricidade Orofacial e Deglutição. Alcoitão: Escola Superior de Saúde do Alcoitão.

Dias, C. & Mello, S. (2001). Qualidade dos serviços de saúde do SESI em Pernambuco. In: Encontro Nacional de Engenharia de Produção. *Anais*, 21.

EuroQol Group (1990). EuroQol: a new facility for the measurement of health-related quality of life. *Health Policy*, 16 (3), 199-208.

Ferreira, P. (1991). Definir e medir a qualidade de cuidados de saúde. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, Outubro, 33, 93-112.

Ferreira, P. (2000). Avaliação dos doentes de cuidados primários - enquadramento conceptual. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 16 (1), 53-62.

Ferreira, P. (2001). *Europep 2001/2002 - projeto de avaliação da satisfação dos utentes dos centros de saúde*. <http://www.uc.pt/feuc/pedrof/Investigacao/Projectos/europep>. 06-03-2011.

Ferrucci, J., Mangilli, L., Sassi, F., Limongi, S. & Andrade, C. (2013). Swallowing sounds in speech therapy practice: a critical analysis of the literature. *Einstein*, 11 (4), 535-539.

Frias, A., Biléu, C., Pires, M. & Marranita, S. (2015). Disfagia no doente após acidente vascular cerebral: consequências e intervenção do enfermeiro. *Revista Ibero-Americana de Saúde e Envelhecimento*, Dezembro, 1 (3), 388-401.

Gonçalves, B., Bastilha, G., Costa, C. & Mancopes, R. (2015). Utilização de protocolos de qualidade de vida em disfagia: revisão de literatura. *Rev. CEFAC*, Julho-Agosto, 17 (4), 1333-1340.

Guillemim, F., Bombardier, C. & Beaton, D. (1993). Cross-cultural adaptation of health-related quality of life measures: literature review and proposed guidelines. *Journal of Clinical Epidemiology*, 46, 1417-1432.

Guillemim, F. (1995). Cross-cultural adaptation and validation of health status measures. *Scandinavian Journal of Rheumatology*, 24, 61-63.

Gutierrez, S., Zanato, L., Pelegrini, P. & Cordeiro, R. (2009). Queixas fonoaudiológicas de idosos residentes em uma instituição de longa permanência. *Distúrbio Comunitário*, 21 (1), 21-30.

Heijnen, B., Speyer, R., Baijen, L. & Bogaardt, H. (2012). Neuromuscular electrical stimulation versus traditional therapy in patients with parkinson's disease and oropharyngeal dysphagia: effects on quality of life. *Dysphagia*, 27, 336-345.

Lemmens, J., Bours, G., Limburg, M. & Beurskens, A. (2013). The feasibility and test-retest reliability of the Dutch Swal-Qol adapted interview version for dysphagic patients with communicative and/or cognitive problems. *Qual Life Res*, 22, 891-895.

Lemos, R., Martins, C., Simões, M. & Santana, I. (2012). Estudo de adaptação do teste de recordação selectiva livre e guiada para a população portuguesa. *Avaliação Psicológica*, 11 (1), 49-61.

Marchesan, J., Bonaffi, C., Gomes, I. & Zorzi, J. (1995). *Tópicos em fonoaudiologia - disfagia*. Brasília: Edições. Larise.

Marchesan, J. (1998). *Aspectos clínicos da motricidade oral - fundamentos em fonoaudiologia*. Brasil: Guanabara.

Marques, T. (2010). *Da qualidade à satisfação do utente – serviço de colheitas de sangue e o seu contributo para a satisfação do utente*. Dissertação de Mestrado em Gestão dos Serviços de Saúde. Vila Real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.

Marôco, J. (2011). *Análise estatística com o SPSS Statistics*. Pero Pinheiro: Report Number.

Martins, G. (2006). Sobre confiabilidade e validade. *Revista Brasileira de Gestão de Negócios*, Janeiro-Abril, 8 (20), 1-12.

McHorney, C.; Martin-Harris, B.; Robbins, J. & Rosenbek, J. (2009). Clinical validity of the SWAL-QOL and SWAL-CARE outcome tools with respect to bolus flow measures. *Dysphagia*, 23 (4), 461.

McHorney, C., Bonnie, M., Robbins, J. & Rosenbek, J. (2006). Clinical validity of the SWAL-QOL and SWAL-CARE outcome tools with respect to bolus flow measures. *Dysphagia*, 21 (3), 141-148.

McHorney, C., Bricker, D., Kramer, A., Rosenbek, J., Robbins, J., Chignell, K., Logemann, J., Clarke, C. (2000). The SWAL-QOL outcomes tool for oropharyngeal dysphagia in adults: I. Conceptual foundation and item development. *Dysphagia*, 15, 115-121.

McHorney, C., Bricker, D., Robbins, J., Kramer, A., Rosenbek, J. & Chignell, K. (2000). The SWAL-QOL outcomes tool for oropharyngeal dysphagia in adults: II. Item reduction and preliminary scaling. *Dysphagia*, 15 (3), 122-133.

McHorney, C., Robbins, J., Lomax, K., Rosenbek, J., Chignell, K., Kramer, A., Bricker, D. (2002). The SWAL-QOL and SWAL-CARE outcomes tool for oropharyngeal dysphagia in adults: III. Documentation of reliability and validity. *Dysphagia*, 17, 97-114.

Mendes, A. (2004). *Implementação do processo de Bolonha e a formação na área da Terapia da Fala*. Implementação do processo de Bolonha a nível nacional por área do conhecimento - Tecnologias da Saúde.

Monteiro, L. (2010). *Cuidados à pessoa com doença neurocirúrgica*. Apontamentos ao CPLEER. Bragança: Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Bragança.

Montoni, N., Horta, I., Bandeira, A. & Angelis, E. (2008). Cross-cultural adaptation of the SWAL-QOL and SWAL-CARE questionnaires into Brazilian-portuguese. *Applied Cancer Research*, 29 (3), 129-134.

Moura, G. (2006). *Encontros de serviço e satisfação de clientes em hospitais*. Dissertação de Doutoramento em Administração. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Nogueira, D. & Lopes, I. (s/d). *Tradução e adaptação linguística de instrumentos de avaliação para o português europeu*. Alcoitão: Escola Superior de Saúde do Alcoitão.

Parsons, T. (1951). The social system. *The Free Press*, Glencoe, III.

Pego, Z. (1998). *Qualidade dos Serviços de Urgência – A Perspectiva dos Utentes*. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Peixoto, V. & Rocha, J. (2009). *Metodologias de intervenção em terapia da fala* (1º Volume). Porto: Edições Universidade Fernando Pessoa.

Pereira, M., Araújo-Soares, V. & McIntyre, T. (2001). Satisfação do utente e atitudes face aos médicos e medicina: um estudo piloto. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2 (2), 69-80.

Pestana, M. & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para as ciências sociais - a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Edições Sílabo.

Pires, C. (2012). *Avaliação nutricional na admissão do doente com AVC*. Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Bragança: Escola Superior de Saúde de Bragança.

Plowman-Prine, E., Sapienza, C., Okun, M., Pollock, S., Jacobson, C., Wu, S. & Rosenbek, J. (2009). The relationship between quality of life and swallowing in Parkinson's disease. *Mov Disord*, 24 (9), 1352-1358.

Prado, M. (2007). *Tradução e adaptação cultural do developmental coordination disorder questionnaire (DCDQ)*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Reabilitação. Minas Gerais: Universidade Federal de Minas Gerais.

Puerari, V. (2011). *Avaliação clínica precoce da disfagia orofaríngea em pacientes adultos após o acidente vascular encefálico*. Dissertação de Mestrado em Medicina. Rio Grande do Sul: Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Reis, R., Costa, F., Carneiro, J. & Vieira, M. (2015). O papel do fonoaudiólogo frente a alterações fonoaudiológicas de audição, equilíbrio, voz e deglutição: uma revisão de literatura. *Rev. CEFAC*, Janeiro-Fevereiro, 17 (1), 270-276.

Rockland, A. & Santos, R. (2016). *Videofluoroscopia da deglutição no diagnóstico funcional da disfagia*. Lisboa: Editora EPAP.

Rodrigues, R. (2009). *Satisfação global aferida pelos pacientes: uma aplicação ao serviço de urgência portugueses*. Dissertação de Mestrado em Gestão e Economia da Saúde. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra.

Roter, D. (1989). *Communicating with medical patients*. In Stewart, M. & Roter, D., ed. lit. Which facets of communication have strong effects on outcome - a meta analysis. Newbury Park, CA: Sage Publication.

Sá, J. (2009). *Deglutição e envelhecimento*. Dissertação de Mestrado em Ciências da Fala e da Audição. Aveiro: Universidade de Aveiro.

Sepúlveda, M. (1998). A satisfação dos utentes em relação à qualidade dos cuidados: consultas de ginecologia/obstetrícia e de cirurgia geral na Sã Vida - Medicina Apoiada. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 16 (4), 33-55.

Speyer, R., Baijens, L., Heijne, M. & Zwijnenberg, I. (2010). Effects of therapy in oropharyngeal dysphagia by speech and language therapists: a systematic review. *Dysphagia*, 25, 40-65.

Szasz, T. & Hollender, M. (1956). A contribution to the philosophy of medicine: the basic models of the doctor-patient relationship. *AMA Archives of Internal Medicine*, 97, 585-592.

Talmi, Y. (2002). Quality of life issues in cancer of the oral cavity. *Journal Laryngology & Otology*, 116, 785-790.

Vieira, D. (2010). *Validação da versão portuguesa do questionário SWAL-QOL em doentes com patologia oncológica da cabeça e pescoço*. Dissertação de Mestrado em Oncologia. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

APÊNDICES

Apêndice 1. Consentimento Informado

Apêndice 2. Versão Pré-final do SWAL-CARE



ESCOLA SUPERIOR
DE SAÚDE DO ALCOITÃO

SANTA CASA da Misericórdia de Lisboa

MESTRADO EM TERAPIA DA FALA
Especialização na área da Motricidade Orofacial e Deglutição

Consentimento Informado

Eu, abaixo assinado, declaro consentir participar no estudo subordinado ao tema “*Understanding Quality of Care in Swallowing Disorders*” (The SWAL-CARE Survey): Contributo para a tradução e adaptação linguística para o português europeu.

O investigador mencionou de forma clara e acessível o objetivo do estudo e as suas possíveis implicações, bem como os seus princípios e procedimentos.

Compreendi que toda a informação será tratada de forma estritamente confidencial.

Nome: _____

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Confirmo que expliquei a natureza do estudo ao paciente acima mencionado.

Nome do Investigador _____

Assinatura _____

Data: ____/____/____

<i>Sugestões dos peritos após revisão do instrumento e/ou sugestão da investigadora</i>	<i>Original em Inglês</i>	<i>Tradução Proposta/Final</i>
“Compreensão da Qualidade dos Cuidados nas Perturbações de Deglutição” em vez da tradução “Satisfação do Paciente na Qualidade dos Cuidados nas Perturbações de Deglutição”	“Understanding Quality of Care in Swallowing Disorders”	Compreensão da Qualidade dos Cuidados nas Perturbações de Deglutição
Nenhuma	Instructions for Completing the SWAL-CARE Survey	Instruções para o preenchimento do Questionário SWAL-CARE
Nenhuma	This questionnaire is designed to find out how you feel about the care receive for your swallowing problem. Please take the time to carefully read and answer each question. Some questions may look like others, but each one is different.	O presente questionário foi desenvolvido com o objetivo de avaliar como se sente relativamente aos cuidados que recebe para o seu problema de deglutição. Por favor, leia e responda com atenção a cada pergunta. Note que, apesar de algumas perguntas poderem parecer semelhantes, cada uma delas é diferente.
Nenhuma	Here’s an example of how the questions in the survey will look.	Aqui está um exemplo das perguntas que irá encontrar neste questionário:
Nenhuma	1. How would you rate the advice you have received about:	1. Como classificaria o aconselhamento que recebeu relativamente a:
Nenhuma	Food I should eat.	Alimentos que devo comer.
Nenhuma	“Poor”, “Fair”, “Good”, “Very good”, “Excellent”, “Outstanding”	“Fraco”, “Razoável”, “Bom”, “Muito bom”, “Excelente”, “Extraordinário”
Nenhuma	Thank you for your help in taking part in this survey!	Obrigado pela sua participação neste questionário!
Consideraram pertinente a utilização do termo deglutição em detrimento do termo disfagia, uma vez que este poderia não ser compreendido pela população em geral e assim enviesar os resultados das aplicações.	Swallowing clinicians are the health care professionals you see for your swallowing problem (for example, speech language clinician or speech pathologist or speech therapist). This person may give you advice on how to swallow more easily and safely.	A avaliação e o tratamento das perturbações da deglutição envolvem um médico especialista e um Terapeuta da Fala, a quem deverá recorrer caso sinta dificuldades em engolir. Os Terapeutas da Fala e/ou Técnico especialista da área da deglutição podem aconselhá-lo/a utilizar estratégias que lhe permitam engolir mais facilmente e em segurança. Este aconselhamento advém de uma observação/avaliação direta enquanto come ou bebe. A avaliação, caso necessário, pode ser feita recorrendo a exame radiológico ou outro tipo de exame. Quando responder às perguntas que se seguem, por favor, considere os profissionais de saúde a quem recorreu quando lhe surgiu um problema de deglutição.
Consideraram mais correto a tradução de “Terapeuta da Fala e/ou Técnico especialista da área da deglutição” para o “swallowing clinicians”, uma vez que não existem clínicos específicos para os problemas de deglutição.	He or she may watch while you eat or drink. They may use an xray machine while doing this. However, this person never prescribes medications. When you answer the questions below, please think only of these people.	

1º Painei de Itens

Acrescentou-se os termos “informação/aconselhamento” para “rate the advice”.	Think about the advice your swallowing clinicians may have given you. How would you rate the advice you’ve received in the following areas:	Pense no aconselhamento recebido por parte do Terapeuta da Fala e/ou Técnico especialista da área da deglutição que o avaliou/tratou por causa do seu problema de deglutição. Como classificaria a informação/aconselhamento que recebeu nas seguintes áreas:
Nenhuma	Circle one number on each line	Assinale, com um círculo, um número em cada linha
Nenhuma	“Poor”, “Fair”, “Good”, “Very good”, “Excellent”, “Outstanding”	“Fraco”, “Razoável”, “Bom”, “Muito bom”, “Excelente”, “Extraordinário”
Nenhuma	Foods I should eat.	Alimentos que devo comer.
Nenhuma	Foods I should avoid.	Alimentos que devo evitar.
Nenhuma	Liquids I should drink.	Líquidos que devo beber.
Nenhuma	Liquids I should avoid.	Líquidos que devo evitar.
A tradução para “food” seria “comida”, no entanto consideraram mais correto colocar “alimentos”	Techniques to help me get food down.	Técnicas que me ajudem a engolir os alimentos.
Nenhuma	Techniques to help me avoid choking.	Técnicas que me ajudem a não me engasgar.
Nenhuma	When I should contact a swallowing clinician.	Quando devo contactar um Terapeuta da Fala e/ou Técnico especialista da área da deglutição.
Nenhuma	Goals of the treatment for my swallowing problem.	Objetivos do tratamento para o meu problema de deglutição.
Nenhuma	My treatment options.	As minhas opções de tratamento.
Nenhuma	What to do if I start to choke.	O que fazer quando me engasgo.
Nenhuma	Signs that I am not getting enough to eat or drink.	Sinais de que não estou a comer ou a beber o suficiente.

2º Painei de Itens

Nenhuma	We are interested in your feelings, good and bad, about the care you have received from your swallowing clinicians. In the last 3 months, how often did you feel that:	Estamos interessados em saber como se sente, bem ou mal, relativamente aos cuidados recebidos por parte do seu Terapeuta da Fala e/ou Técnico especialista da área da deglutição. Nos últimos 3 meses, com que frequência sentiu que:
Nenhuma	Circle one number on each line	Assinale, com um círculo, um número em cada linha
Nenhuma	“Never”, “Sometimes”, “Usually”, “Always”	“Nunca”, “Algumas vezes”, “Frequentemente”, “Sempre”
Nenhuma	You had confidence in your swallowing clinicians.	Confiava no seu Terapeuta da Fala e/ou Técnico especialista da área da deglutição.
Nenhuma	Your swallowing clinicians explained everything about your treatment to you.	O seu Terapeuta da Fala e/ou Técnico especialista da área da deglutição explicou-lhe tudo sobre o seu tratamento.
Nenhuma	Your swallowing clinicians spent enough time with you.	O seu Terapeuta da Fala e/ou Técnico especialista da área da deglutição passou tempo suficiente consigo.

Nenhuma	Your swallowing clinicians put your needs first.	As suas necessidades foram colocadas em primeiro lugar pelo seu Terapeuta da Fala e/ou Técnico especialista da área da deglutição.
---------	--	--

Dados Sociodemográficos

Nenhuma	General Questions About You	Por fim, pedimos que responda a mais algumas questões sobre si
“Please write in your date of birth here:” estava também neste item, contudo, considerou-se desnecessária esta repetição, sendo retirada e ficando apenas “Qual é a sua data de nascimento?”	What is the date of your birth?	Qual é a sua data de nascimento?
Nenhuma	What is your age today?	Qual é a sua idade no dia de hoje?
Nenhuma	Are you – male/female	É do sexo – masculino/feminino
Nenhuma	Circle one	Assinale, com um círculo, apenas um número
Nenhuma	What is your main racial or ethnic group?	Qual a raça ou grupo étnico a que pertence?
Nenhuma	Circle one	Assinale, com um círculo, apenas um número
Inicialmente considerou-se eliminar este item, pois poderia ser considerado discriminatório. Contudo, e após revisão e reflexão, tentámos adaptar para a população portuguesa, a sugestão para os grupos étnicos em Portugal foi: branco/caucasiano; negro ou de ascendência africana; asiático; cigano.	White or Caucasian, but not Hispanic or Latino; Black or African-American, but not Hispanic or Latino; Hispanic or Latino; Asian; Other	Branco/caucasiano; negro ou de ascendência africana; asiático; cigano; outro
Nenhuma	What is the highest year of school or college you have ever completed?	Qual é a sua habilitação académica mais elevada?
Nenhuma	circle one number	Assinale, com um círculo, apenas um número
Na habilitação literária, acrescentámos mais duas habilitações “Sem escolaridade” e “Sabe ler e escrever mas sem escolaridade” às restantes habilitações académicas.	Grade School; High School; College; Post Graduate	Ensino Básico; Ensino Secundário; Ensino Superior (1º Ciclo); Ensino Pós-Graduado (2º ou 3º Ciclos)
Nenhuma	What is your current marital status?	Qual é o seu estado civil atual?
Nenhuma	Circle one	Assinale, com um círculo, apenas um número
Quanto ao estado civil atual, considerou-se pertinente colocar mais um estado civil, que é nos dias de hoje comum em Portugal, a “União de Facto”.	“Never married”, “Married”, “Divorced”, “Separated”, “Widowed”	“Solteiro”, “Casado”, “Divorciado”, “Separado”, “Viúvo”
Nenhuma	Did anybody help you complete this questionnaire?	Alguém o/a ajudou a preencher este questionário?
Nenhuma	Circle one	Assinale, com um círculo, apenas um número

Nenhuma	If someone helped you fill out this questionnaire, how did that person help you	Se alguém o/a ajudou a preencher este questionário, indique o tipo de ajuda que essa pessoa lhe deu?
Nenhuma	“Read you the questions and/or wrote down the answers you gave”, “Answered the questions for you”, “Helped in some other way”	“Leu as perguntas e/ou escreveu as respostas que dei”, “Respondeu às perguntas por mim”, “Ajudou-me de outra forma”
As datas encontram-se apresentadas na forma americana (Mês/Dia/Ano), optou-se por colocar da forma mais comum em Portugal (Dia/Mês/Ano);	Please write today’s date here: month/ day/ year	Por favor, escreva aqui a data de hoje: dia/ mês/ ano

Comentário

Nenhuma	Last Page	Última Página
Nenhuma	Comments: Do you have any comments about this questionnaire? We welcome your comments about the questionnaire in general or about specific questions, especially any that were unclear or confusing to you.	Comentários: Gostaria de fazer algum comentário relativamente a este questionário? Agradecemos os seus comentários sobre o questionário, em geral, e sobre as perguntas, em particular, principalmente se as considerou pouco claras ou confusas.
Nenhuma	Thank you for completing the SWAL-CARE Survey!	Obrigado por preencher o questionário SWAL-CARE!